

شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران زن مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس

خدیجه محمدی^۱، پروین رهنما^{۱*}، سکینه مؤید محسنی^۲، سقراط فقیه زاده^۳، محمدعلی صحرائیان^۴، شفیقه محمدی تبار^۱، سیدمسعود نبوی^۵

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. گروه مغز و اعصاب داخلی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵. گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۱ صص ۷۷-۷۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۴ بهمن ۱۳۹۱]

چکیده

اختلال عملکرد جنسی در بیماری مالتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis-Ms) شایع بوده، و بررسی اختلال مذکور در این بیماری مورد غفلت واقع شده است. این مطالعه به منظور شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مستعدکننده آن در بیماران زن مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس انجام شد. در این مطالعه مقطعی، کلیه زنان مراجعه کننده به دو کلینیک تخصصی MS واقع در شهر تهران، مورد بررسی قرار گرفتند. گردآوری اطلاعات در زمینه عملکرد جنسی بیماران و میزان گستردگی ناتوانی فیزیکی بیماران به ترتیب با استفاده از دو پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان و مقیاس گستردگی ناتوانی فیزیکی بیماران انجام شد. در این مطالعه مقیاس خصوصیات بالینی و میزان ناتوانی بیماری توسط متخصص مغز و اعصاب ارزیابی گردیدند. به منظور تحلیل داده ها از روشهای آماری توصیفی، تحلیل رگرسیون لجستیک یک و چند متغیره استفاده شد. میانگین سن ۲۲۶ شرکت کننده در مطالعه حاضر ($8/07 \pm$) ۳۵/۷۷ سال بود و ۱۲۵ نفر (۵۵/۳ درصد) دارای اختلال کارکرد جنسی بودند. شایعترین اختلال مربوط به حوزه تهییج جنسی (۴۴/۲ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به اختلال کارکرد درد جنسی (۱۲/۸ درصد) بود. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره بیانگر آن بود که در بین متغیرهای دموگرافیک شانس ابتلا به وقوع اختلالات کارکرد جنسی، در سطح درآمد ناکافی ۳/۹ برابر و با تعداد فرزندان بیش از ۳ نفر، نیز احتمال وقوع ۴/۶ برابر افزایش می یابد. از بین خصوصیات بالینی در مواردی که روند بیماری پیشرونده بود احتمال وقوع اختلال مذکور ۳ برابر افزایش یافت. با توجه به شیوع اختلالات کارکرد جنسی و با در نظر گرفتن عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به بیماری MS می توان نسبت به طراحی و اجرای برنامه های مشاوره و توانبخشی مسائل جنسی بعنوان بخشی از مراقبتهای جامع بیماران مبتلا به MS اقدام نمود.

کلیدواژه ها: اختلال کارکرد جنسی، مالتیپل اسکلروزیس، FSFI، درجه ناتوانی، EDSS

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، نرسیده به خیابان طالقانی، جنب هتل جهان، پلاک ۶، دانشکده پرستاری مامایی شاهد

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰

E-mial: t_rahnama1381@yahoo.com

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن دستگاه عصبی مرکزی است که بوسیله تخریب غلاف میلین و در موارد شدید صدمه به آکسونها و الیگو دندریتها باعث فلج و اختلال سیستم حسی، به هم خوردن سیستم تعادلی می‌شود [۱]. روند بیماری قابل پیش‌بینی نیست، بیشتر مبتلایان دارای روند عودکننده - فروکش‌کننده (RRMS) هستند. در برخی اوقات مبتلایان علائم پایداری دارند بیماری با فقدان دوره‌های حملات از ابتدا با شکلی آهسته شروع و بطور پیوسته با بدتر شدن علائم (PPMS) پیشرفت می‌نماید، و در برخی افراد شروع بیماری با روند عودکننده - فروکش‌کننده بوده و بعداً ناتوانایی پیشرونده در روند بیماری با تحمیل علائم و بدون دوره‌ای از فرونشینی (SPMS) ادامه می‌یابد. متوسط شیوع جهانی ابتلا به این بیماری سه نفر در هر صد هزار است. اما شیوع بیماری در استان تهران در بیست سال اخیر بطور شگفت‌انگیزی افزایش یافته است و ۵۰ هزار نفر در یکصد هزار نفر گزارش شده و نسبت ابتلای زنان به مردان بیش از سه برابر (۳/۱۱) گزارش شد [۲]. نتایج مطالعات انجام شده بیانگر آن است که تقریباً بیش از نیمی از بیماران، زندگی جنسی رضایت بخشی نداشته یا ارتباط جنسی خود را قطع کرده‌اند [۳]. از آنجا که وقوع مشکلات جنسی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بطور آشکاری تمامی ابعاد کیفیت زندگی آنان را متأثر می‌کند، باید توسط درمانها و استراتژیهای پیشگیری‌کننده مشکلات جنسی مدیریت گردد و در زمان ارزیابی بیماران، تمرکز بیشتری بر این جنبه از بیماری صورت گیرد [۴]. زیرا بر طبق بررسی انجام شده بیماران در مراحل اولیه بیماری نیز بیش از افراد سالم (۳۴/۹ درصد در مقابل ۲۱/۳۱ درصد) درگیر مشکلات جنسی هستند [۵]. همچنین شیوع اختلالات کارکرد جنسی در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس (۷۳/۱ درصد)، بیش از سایر بیماریهای مزمن (۳۹/۲ درصد) و افراد سالم (۱۲/۷ درصد) است [۶]. و شیوع آن در مواردی نیز بین ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است [۷]. طبق گزارش صفری‌نژاد شیوع اختلالات عملکرد جنسی در جمعیت عادی زنان ایران ۳۱/۵ درصد است [۸]. اما متأسفانه آماری از مشکلات کارکرد جنسی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در ایران ارائه نشده‌است. شیوع اختلالات کارکرد جنسی در بیماران مذکور در ترکیه ۸۰/۴ درصد گزارش شده است. ارتباط معنی‌دار بین اختلالات کارکرد جنسی با طول مدت بیماری و سن بیماران گزارش شده‌است، ولی ارتباط آن با میزان گستردگی ناتوانایی‌های

فیزیکی و روند بیماری نتایج متفاوتی ارائه شده است [۹، ۱۰]. ابزارهای متنوعی برای سنجش عملکرد جنسی افراد وجود دارد. فهرست نیمه ساختاری عملکرد جنسی در آگوتیس یک مقیاس چند بعدی است که به غیر از حوزه درد جنسی ۵ حوزه، تخیلات/تفکرات جنسی، تحریک روانی، رفتار/تجارب جنسی، ارگاسم و تمایل/ارتباط جنسی را می‌سنجد. فهرست رضایتمندی جنسی گلوبوک راست، ابزار دیگری است، که جهت ارزیابی کیفیت روابط غیرهمجنس خواه و سطح فعالیت جنسی هر یک از شرکای جنسی طراحی شده، و منحصراً بر روی حوزه رضایتمندی تمرکز دارد [۱۱]. پرسشنامه‌های کوتاه، مانند فهرست مختصر عملکرد جنسی زن که حوزه‌های تخیلات/میل، تحریک، پذیرش/آغاز، لذت/ارگاسم، رضایتمندی ارتباطی تعداد فعالیت جنسی را می‌سنجد و شاخص عملکرد جنسی زنان که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد و در بردارنده حوزه‌های اصلی عملکرد جنسی هستند، برای استفاده در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی طراحی شده‌اند و پرسشنامه اخیر در مطالعات متعدد مورد استفاده واقع شده است [۱۲]. بررسی‌ها بیانگر آن است که تاکنون مطالعات بسیار محدودی در ارتباط با اختلالات جنسی در زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس در ایران صورت گرفته است و یکی از مطالعات انجام شده که به بررسی نگرش بیماران مبتلا به MS در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنان پرداخته نشان داد که پاسخ اکثر بیماران مبتلا در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت جنسی، بیشتر از میانگین نمره کل نگرش آنان بوده است [۱۳]. با توجه به مسائل فرهنگی به نظر می‌رسد میزان اختلالات جنسی کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود. از آنجایی که آگاهی پرسنل بهداشتی در مورد میزان وقوع اختلالات جنسی و عوامل مرتبط با آن می‌تواند اساس مداخلات و تبیین استراتژیهای جدید درمانی و مشاوره‌ای را به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مذکور فراهم نماید. لذا مطالعه حاضر به منظور بررسی میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران زن مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار

مطالعه انجام شده یک مطالعه مقطعی - تحلیلی بود، که جامعه پژوهش آن را زنان مبتلا به MS تشکیل می‌دادند که به کلینیک

یافته‌ها

میانگین سن زنان شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۵/۷۷ (انحراف معیار=۸/۰۷) سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه (۷۱ درصد) در سنین ۱۹-۴۰ سال قرار داشتند.

میانگین طول مدت بیماری (از زمان شروع علائم بیماری) ۳ سال (انحراف معیار=۵/۰۲) بود. از نظر نوع روند بیماری ۱۶۹ نفر (۷۴/۸ درصد) دارای روند عودکننده - فروکش کننده بوده و در ۵۳ نفر (۲۳/۵ درصد) شروع بیماری با روند عود کننده - فروکش کننده بود. که بعداً ناتوانایی پیشرونده در روند بیماری با تحمیل علائم و بدون دوره‌ای از فرونشینی رخ داد. در ۴ نفر (۱/۸ درصد) از مبتلایان روند بیماری با فقدان دوره‌ای حملات از ابتدا با شکلی آهسته شروع و بطور پیوسته با بدتر شدن علائم پیشرفت نمود. میانگین نمره میزان ناتوانایی فیزیکی بیماران EDSS=۱/۶۱ بود. سن بیمار هنگام تشخیص بیماری، در ۱۰/۳ درصد افراد، بیست سال یا کمتر، در ۴۶/۹ درصد افراد بین ۲۱-۳۰ سالگی و در ۳۶/۲ درصد افراد بین ۳۱-۴۰ سالگی و ۶/۷ درصد در سن ۴۱ سالگی یا بالاتر بودند. از مجموع شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۲۵ نفر (۵۵/۳ درصد) دارای اختلال کارکرد جنسی بودند. از میان بیماران دارای اختلال عملکرد جنسی، ۱۱/۱ درصد افراد فقط یک نوع اختلال جنسی و ۸۸/۹ درصد به دو نوع یا بیشتر از انواع اختلالات جنسی مبتلا بودند. شایعترین اختلال مربوط به حوزه تهییج جنسی (۴۴/۲ درصد) بود. و اختلال کارکرد درد جنسی (۱۲/۸ درصد) کمترین شیوع را در بیماران داشت (جدول شماره ۱).

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک یک متغیره بیانگر آن بود که شانس ابتلا به اختلالات کارکرد جنسی با افزایش سن، تحصیلات پایین، افزایش مدت ازدواج، افزایش تعداد فرزندان، کاهش درآمد، افزایش مدت بیماری، نوع پیشرونده بیماری و افزایش میزان ناتوانایی فیزیکی بیشتر می‌شود (جدول شماره ۲). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره بیانگر آن بود که در بین متغیرهای دموگرافیک شانس ابتلا به وقوع اختلالات کارکرد جنسی، در بیماران با درآمد ناکافی ۳/۹ برابر و افراد با تعداد فرزندان بیش از ۳ نفر، وقوع ۴/۶ برابر افزایش می‌یابد. از بین خصوصیات بالینی در مواردی که روند بیماری پیشرونده بود احتمال وقوع اختلال مذکور ۳ برابر افزایش یافت (جدول شماره ۳).

تخصصی MS وابسته به دانشگاه تهران واقع در بیمارستان سینا جهت درمان مراجعه کرده بودند.

ملاک ورود به مطالعه شامل متأهل بودن زنان و همچنین تشخیص قطعی بیماری در نمونه‌ها در نظر گرفته شد که بر اساس ملاک تشخیصی بازبینی شده Mc Donald و همکاران [۱۴]، توسط متخصص مغز و اعصاب تعیین گردید. فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط کلیه شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. براساس مطالعه پایلوت و تعیین فراوانی اختلالات کارکرد جنسی در ۱۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری MS، با میزان خطای نسبی ۰/۰۶ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد تعداد نمونه ۲۲۴ نفر محاسبه گردید. به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها ۱۰ درصد به حجم نمونه اضافه شد و تعداد نمونه‌ها به ۲۴۶ نفر ارتقاء یافت. در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات در مورد اختلال عملکرد جنسی از شاخص عملکرد جنسی زنان استفاده شد. نمره برش نسخه فارسی FSFI با توجه به ماکزیمم مثبت واقعی و منفی واقعی عدد ۲۸ یا کمتر است. نقاط برش حوزه‌های درد جنسی، رضایتمندی جنسی، ارگاسم، رطوبت مهبل، تهییج جنسی و میل جنسی بترتیب ۳/۸، ۴/۸، ۴/۳، ۷/۳، ۴/۳ و ۳/۳ بود [۱۵].

مقیاس EDSS (Expanded Disability Status Scale Kurtze) یکی از استانداردهای طلایی برای ارزیابی میزان یا شدت از کارافتادگی و ناتوانایی فیزیکی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس است [۱۳] که در مطالعه حاضر به کار گرفته شد. سیستم نمره‌گذاری آن بر اساس معاینه بالینی متخصص مغز و اعصاب از سیستم‌های کارکردی فرد مبتلا به MS است و از (معاینه عصبی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ به علت MS) رتبه‌بندی می‌شود.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات با همکاری کارشناس مامایی براساس یک مصاحبه ساختارمند چهره به چهره سؤالات مربوط به ویژگیهای دموگرافیک از شرکت‌کنندگان پرسش و در ادامه آن جهت بررسی عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان توسط بیمار در حضور پرسشگر تکمیل شد. خصوصیات بیماری MS که شامل نوع روند بیماری، مدت بیماری، داروهای استفاده شده، سیستم‌های کارکردی درگیر و میزان گستردگی ناتوانی فیزیکی بیماران (EDSS) بود توسط متخصص مغز و اعصاب از طریق معاینه بالینی عصبی تعیین و نمره‌دهی شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی، تحلیل رگرسیون لجستیک یک و چند متغیره استفاده شد.

جدول ۱: فراوانی اختلال کارکرد جنسی در افراد مبتلا به MS

نقطه برش	تعداد(درصد)	اختلال کارکرد جنسی (کل مقیاس)
۲۸	۱۲۵(۵۵/۳)	اختلال کارکرد جنسی
۳/۳	۷۷(۳۴/۱)	اختلال کارکرد میل جنسی
۳/۴	۱۰۰(۴۴/۲)	اختلال کارکرد تهییج جنسی
۳/۷	۴۱(۱۸/۱)	اختلال کارکرد طوبیت مهبل
۳/۴	۸۱(۳۵/۸)	اختلال کارکرد ارگاسم
۳/۸	۲۹(۱۲/۸)	اختلال کارکرد درد جنسی
۳/۸	۵۴(۲۳/۵۹)	اختلال رضایت‌مندی جنسی

جدول ۲: ارتباط اختلال کارکرد جنسی با متغیرهای دموگرافیک و بالینی در نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس تحلیل رگرسیون تک متغیره

ابتلا به اختلال کارکرد جنسی	عدم ابتلا به اختلال کارکرد جنسی	۹۵ درصد فاصله اطمینان
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	P
سن		
≥۳۵	۵۴ (۲۳/۵۹)	۶۳ (۲۳/۵۹)
≤۳۴	۷۱ (۳۱/۶)	۳۸ (۱۳/۷)
تحصیلات		
دانشگاهی	۲۸ (۱۲/۲۲/۴)	۴۱ (۱۸/۱۶)
ابتدایی و راهنمایی	۱۱ (۴/۸/۸)	۸ (۳/۷/۹)
دبیرستان	۸۶ (۳۸/۸)	۵۲ (۱۸/۱۵)
مدت ازدواج		
≥۱۰	۴۵ (۱۹/۳۶)	۵۱ (۱۸/۱۵)
۲-۱۱	۴۵ (۱۹/۳۶)	۳۶ (۱۲/۳۵/۶)
۴-۲۱	۳۵ (۱۲/۲۸)	۱۴ (۵/۱۳/۹)
تعداد فرزند		
ندارد	۲۳ (۱۰/۱۸/۴)	۲۶ (۹/۲۶)
۲-۱	۷۰ (۲۵/۶۸)	۶۷ (۲۵/۶۸)
≤۳	۳۲ (۱۱/۲۸)	۸ (۳/۷/۹)
درآمد		
≤۷۶۰۰۰	۴۷ (۱۸/۳۷/۶)	۵۲ (۱۸/۳۷/۶)
≥۳۵۰۰۰ تومان	۲۷ (۱۰/۲۱/۶)	۱۲ (۴/۱۱/۹)
۷۵۰۰۰-۳۶۰۰۰	۵۱ (۱۸/۴۰/۸)	۳۶ (۱۲/۳۵/۶)
کفایت منابع مالی		
رفاه	۴۳ (۱۸/۳۴/۴)	۵۲ (۱۸/۳۵/۶)
در حد کفاف	۶۹ (۲۵/۵۵/۲)	۴۲ (۱۵/۴۱/۶)
ناکافی	۱۳ (۵/۱۰/۴)	۷ (۲/۶/۹)
مدت بیماری		
۳-۰ سال	۴۴ (۱۸/۳۵/۲)	۴۷ (۱۸/۳۶/۵)
۸-۴ سال	۳۸ (۱۵/۳۰/۴)	۴۰ (۱۵/۳۹/۶)
≤۹ سال	۴۳ (۱۸/۳۴/۴)	۱۴ (۵/۱۳/۹)
روند بیماری		
RRMS	۸۳ (۳۶/۶۶/۴)	۸۶ (۳۵/۸۵/۱)
SPMS	۴۰ (۱۵/۳۲)	۱۳ (۵/۱۲/۹)
PRMS	۲ (۰/۱/۶)	۲ (۰/۲)
ناتوانایی فیزیکی (EDSS)		
۴/۵-۰	۸۲ (۳۵/۶۵/۶)	۸۳ (۳۵/۸۲/۲)
۹-۵	۴۳ (۱۸/۳۴/۴)	۱۸ (۷/۱۸)

جدول شماره ۳: ارتباط اختلال کارکرد جنسی با متغیرهای دموگرافیک و بالینی در نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس تحلیل رگرسیون چند متغیره

P	خطر نسبی	۹۵ درصد فاصله اطمینان
درآمد		
≤۷۶۰۰۰	۱/۰ (ref.)	
≥۳۵۰۰۰ تومان	۳/۹۴۱	۱/۶۱۴-۹/۶۱۹
۳۶۰۰۰-۷۵۰۰۰	۱/۶۵۶	۰/۸۶۰-۳/۱۸۷
فرزند		
ندارد	۱/۰ (ref.)	
۲-۱	۱/۰۹۶	۰/۵۲۴-۲/۲۹۳
≤۳	۴/۶۵۹	۱/۵۱۷-۱۴/۳۱۴
روند بیماری		
RRMS	۱/۰ (ref.)	
SPMS	۳/۰۳۴	۱/۴۴۷-۶/۳۶۲
PRMS	۱/۰۱۲	۰/۱۳۲-۷/۷۶۳

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر که بر روی ۲۲۶ بیمار مبتلا به MS انجام گرفت، شیوع اختلالات کارکرد جنسی ۵۵/۳ درصد بود؛ که تا حدی در مقایسه به نتایج سایر تحقیقات از جمله تپاوسویک (۸۵ درصد) و ترزتوزیس (۳۴/۹ درصد) و زورزون (۷۳/۱ درصد)، دیمیرکیران (۷۷/۱ درصد) متفاوت است [۱۲، ۸-۶]. علت تفاوت نتایج بدست آمده را شاید بتوان به تفاوت ابزار استفاده شده جهت شناسایی اختلالات کارکرد جنسی نسبت داد. در خصوص پایین بودن شیوع اختلال عملکرد جنسی در نمونه‌های مطالعه ترزتوزیس نسبت به مطالعه حاضر، نکته قابل ذکر این است که افراد مورد مطالعه ترزتوزیس بنا بر اهداف محقق از نظر میزان ناتوانایی فیزیکی طوری انتخاب شده بودند که همگی دارای نمره تخریب ناتوانایی فیزیکی کمی باشند (EDSS=۰-۳/۵)؛ درحالیکه طیف نمره EDSS جمعیت مطالعه فعلی بین ۰-۹ بود. مسئله دیگری که احتمالاً تفاوت شیوع را می‌تواند توجیه کند ملاکهای عدم ورود به مطالعه است که در مطالعه ترزتوزیس کلیه افرادی که دارای بیماریهای طبی و روانی یا مصرف‌کننده داروهایی بودند (که به نوعی می‌توانستند در بروز اختلالات جنسی مؤثر باشند) وارد مطالعه نشدند [۷]؛ در حالیکه در مطالعه حاضر این چنین نبود، بنابراین بیماری MS تأثیر مخربی بر عملکرد جنسی زنان دارد که احتمالاً به علت تغییرات فیزیولوژیکی و پاسخهای سایکولوژیکی بیماران به بیماری است. میانگین سن زنان شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۵/۷۷ سال بود. نتایج مطالعات بیانگر

در مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل این باشد که افراد مورد مطالعه در یک محدوده سنی مشابهی قرار داشته‌اند. نتیجه مطالعه انجام شده توسط آکوس و همکاران بیانگر آن بود که سطح درآمد پایین با وقوع اختلالات جنسی ارتباط معنی‌دار دارد [۲۰]. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که از بین خصوصیات بالینی در مواردی که روند بیماری پیشرونده باشد احتمال وقوع اختلال جنسی ۳ برابر بیش از روند عود-فرونشینی بوده است؛ که با نتایج مطالعه انجام شده توسط زورزون نیز مطابقت دارد، به طور کلی نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که مسائل و اختلالات جنسی پدیده پیچیده‌ای هستند که عوامل متعددی می‌توانند بر آن اثرگذار باشند و پرداختن به عوامل روانشناختی، شناختی و فرهنگی تأثیرگذار بر کارکرد جنسی مبتلایان (زن و مرد)، زمینه‌های مناسبی برای مطالعات بعدی خواهند بود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان اشاره نمود. این ابزار اگرچه اعتبار و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات کارکرد جنسی دارد، اما در حوزه میل جنسی اعتبار متوسطی دارد [۲۱، ۲۲]. بنابراین نتایج مطالعه مرتبط با این حوزه بهتر است با احتیاط تفسیر شود. پیشنهاد می‌شود تا برنامه توانبخشی جنسی بعنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بیماران مبتلا به MS در نظر گرفته شود و با شناسایی زودرس بیماری MS و اختلالات جنسی، از پیشرفت بیماری و در نتیجه شدیدتر شدن علائم جنسی آنان جلوگیری نمود. پرداختن به این معضل و یافتن برخی عوامل تأثیرگذار بر کارکرد جنسی مبتلایان می‌تواند مسیر مطالعات مداخله‌ای بعدی و تبیین استراتژی‌های جدید درمانی و مشاوره‌ای را فراهم نماید تا در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان قدم‌هایی برداشته شود.

سهم نویسندگان

خدیجه محمدی: طراحی، اجرا، نمونه‌گیری
پروین رهنما: تحلیل آماری، تجزیه و تحلیل و نگارش
سکینه مؤیدمحمسنی: مشاوره در کلیه مراحل انجام طرح
سقراط فقیه‌زاده: انجام مشاوره در زمینه محاسبه تعداد نمونه
محمدعلی صحراییان: ارائه مشاوره و همکاری در نمونه‌گیری و انجام معاینه بالینی
شفیقه محمدی تبار: همکاری در نمونه‌گیری
سیدمسعود نبوی: همکاری اولیه با مجری

تشکر و قدردانی

از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه شاهد به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

آن است که اولین علائم اسکروزیس متعدد در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال رخ داده و در زنان دو برابر مردان است [۱۶، ۱۷]. شایع‌ترین مشکل جنسی در مطالعه ما اختلالات تهییج جنسی (۴۴/۲ درصد) و پس از آن اختلالات ارگاسمی (۳۵/۸ درصد) بود، که سایر مطالعات انجام شده نتایج را تأیید می‌کند [۶، ۱۲]. بنظر می‌رسد عوارض سایکولوژیک بیش از عوارض فیزیولوژیک بیماری MS، عملکرد جنسی زنان را تحت تأثیر قرار داده است، زیرا در اکثر مطالعات نیز شایع‌ترین مشکل جنسی گزارش شده حوزه میل/تهییج جنسی است. این حوزه عمدتاً در زنان بازتابی از وضعیت و شرایط سایکولوژیکی آنان است، در حالیکه حوزه‌هایی مانند تحریک جنسی (رطوبت مهبل) و درد جنسی عمدتاً به علل اختلالات فیزیولوژیک بوجود آمده است. پرسشنامه مطرح شده توسط رزن و همکاران (FSFI) که در این مطالعه از آن استفاده شد، ۶ حوزه را بررسی می‌کند. بر اساس آن حوزه تحریک جنسی دو بعد دارد که یک جنبه ذهنی و دیگری جنبه فیزیولوژیک آن است؛ و به ترتیب آنها را به صورت تهییج جنسی و رطوبت مهبل طبقه‌بندی نموده است [۱۸]. همچنین در بازبینی تعاریف اختلال کارکرد جنسی زنان بیان شده است که میل جنسی ممکن است زمانی تجربه شود که تحریکات جنسی باعث تهییج جنسی شده باشد. میل و تهییج جنسی دو فازی هستند که همزمان با هم رخ می‌دهند. در مشاهدات بالینی نیز یافته فوق به دفعات دیده شده است به این معنی که اگر تحریکات جنسی مطلوبی توسط زن درک شود و باعث تهییج جنسی او گردد در همان زمان وی آمادگی پذیرش فعالیت جنسی (میل جنسی) را نیز خواهد داشت. بنابراین بر اساس یافته تحقیق حاضر و سایر تحقیقات مشابه انجام یافته پیشنهاد می‌شود فاز میل جنسی مقدم بر تهییج جنسی در نظر گرفته نشده بلکه در زنان یک فاز واحد محسوب گردد. نتایج مطالعه نشان داد که در بین متغیرهای دموگرافیک شانس ابتلا به وقوع اختلالات کارکرد جنسی، در سطح درآمد ناکافی و تعداد فرزندان بیش از ۳ افزایش می‌یابد. همچنین مطالعه انجام شده در ترکیه که به منظور ارزیابی اختلالات کارکرد جنسی انجام شده بود، نشان داد که ۸۱ درصد بیماران زن از اختلال در فعالیت جنسی‌شان شکایت داشتند که با سن، مدت بیماری، میزان ناتوانایی، روند بیماری و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری داشت [۱۱]. همچنین مطالعه انجام شده دیگر نشان می‌دهد که بین سن، سطح سواد با وقوع اختلال جنسی ارتباط وجود دارد [۱۹]. به نظر می‌رسد افرادی که سن بالا دارند احتمال وقوع ناتوانایی در آنها بیشتر است و می‌تواند منجر به اختلال در فعالیت جنسی آنها شود. عدم وجود ارتباط بین سن با اختلال جنسی

منابع

1. Bradley WJ. Neurologie in clinical practice: Philadelphia. Butterworth- Heineman Medical Publications 2004; 3:1637-59
2. Elhami SR, Mohammad K, Sahraian MA, Eftekhari H. A 20-year incidence trend (1989-2008) and point prevalence (March 20, 2009) of multiple sclerosis in Tehran, Iran: a population-based study. *Neuroepidemiology* 2011; 36: 141-47
3. Lilius HG, Valtonen Ej, Wikstrom J. Sexual problems in patients suffering from Multiple Sclerosis. *Journal of Chronic Disease* 1976; 29:643-647
4. Tepavcevic D, Kostic J, Basuroski I, Stojavljevic N, Pekmezovic T, Drulovic J. The impact of sexual dysfunction on quality of life measured by MSISQ-54 in patient with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis* 2008; 14: 1131-36
5. Tzortzis V, Skriapas k, Hadjigeorgiou g. Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple sclerosis women. *Multiple Sclerosis* 2008; 14: 561-563
6. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Bragadin LM, Moteti R, Bonfigli, Morassi P, Lona LG, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case – control study. Frequency and comparison of groups. *Multiple Sclerosis* 1999; 5: 418-27
7. Fraser C, Mahoney J, MCGurl J. Correlates of sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing* 2008; 40: 312-317
8. MR Safarinejad. Female sexual dysfunction in a population based study in IRAN: prevalence and associated risk factor. *International Journal of Impotence Research* 2006; 18: 382-95
9. Dimirkiran M. Multiple sclerosis patient with or without sexual dysfunction. *Multiple sclerosis* 2006; 12: 209-214
10. Secil Y, Yeltimlar Y, Gedizlioglu M, Arpaci E, Tokuceoglu F, Inceoglu et al. Sexual dysfunction and sympathetic skin response recorded from the genital region in women with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2007; 13: 742-48
11. Meston CM, Derogatis LR. Validated instrument for assessing female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2002; 28: 155-64
12. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction. Review of validated methods. *Fertility and Sterility* 2002; 77: 80-93
13. Sadre Arhami N, Atarod S, Amanat S. Attitude of Multiple Sclerosis patient to effect of MS on Social and Sexual activity. *Journal Quarterly of Behavioral Science Research* 2009; 6: 79-88
14. Polman CH, Reingold SC, EDanG, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald criteria". *Annals of Neurology* 2005; 58: 840-46
15. Mohammadi M, Heidari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index: validation study of the Iranian version. *Payesh* 2009; 7: 269-78
16. Lublin F, Reingold S. Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. *Neurology* 1996; 46: 907-11
17. Hiekey JV. Neurological and neurosurgical nursing. 5th Edition, Lippincott co: philladelphia, 2003
18. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2000; 26: 191-208
19. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, Bragadin LMT, Moretti R, Bonfigli L, Iona LG, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. *Multiple Sclerosis* 1999; 5: 428-31
21. Akkus Y, Duru G. Problems and factors affecting the sexual lives of patients with multiple sclerosis living in Turkey. *Sexuality and Disability* 2011; 29: 55-63
22. Meston C. Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003; 29: 39-46
23. Wiegel M, Meston C, Rosen RC. The female sexual function index (FSFI) : cross validation and development of clinical cut off scores. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31: 1-20

ABSTRACT

Sexual dysfunction and predisposing factors in women with multiple sclerosis

Khadijeh Mohammadi¹, Parvin Rahnama^{*1}, Sakineh Moayed Mohseni², Soghrat Faghihzadeh³, Mohammad Ali Sahraian⁴, Shafigheh Mohammadi Tabar¹, Massood Nabavi⁵

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

2. Department Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

3. Department of biostatistics, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4. MS Research Center, Sina Hospital, Iranian Center for Neurological Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. Department of Neurology, Shahed University, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 71-77

Accepted for publication: 23 December 2012

[EPub a head of print-2 February 2013]

Objective (s): Sexual dysfunction (SD) in patients with multiple sclerosis (MS) is common, but often overlooked. The purpose of this study was to determine prevalence of sexual dysfunction and its predisposing factors in women with multiple sclerosis.

Method: This was a cross sectional study. Participants were recruited from two MS clinics in Tehran. Sexual function and disability status were quantified by the Female Sexual Function Index-FSFI and Expanded Disability Status Scale (EDSS) respectively. Clinical characteristics and the extent of physical disability were examined by a neurologist. Data were analyzed by univariate and multivariate logistic regression.

Results: In all 226 MS patients were studied. The mean age of participants was 35.77 years (SD = 8.07). Sexual dysfunction was diagnosed in 125 (55.3%) of participants. The most common sexual problem in women was arousal dysfunction (44.2%) and the lowest frequency of the dysfunction was sexual pain (12.8%).

Results obtained from multiple logistic regression analysis showed that MS patients with sexual dysfunction had lower educational status (Odds ratio=1.95 CI 95%= 1.957-0.998), insufficiency low (Odds ratio=3.94 CI 95%= 1.614-9.0619), more than 3 children (Odds ratio=4.659 CI 95%= 1.517-14.314) and Secondary Progressive MS-(SPMS) (Odds ratio=3.034 CI 95%= 1.447-6.362).

Conclusion: Awareness of sexual problems and related factors for the management and treatment of women with MS is necessary. It is suggested that sexual rehabilitation programs compiled as part of the comprehensive care of patients with MS.

Key Words: sexual dysfunction, multiple sclerosis, FSFI, EDSS

* Corresponding author: Department of Midwifery, Faculty of Midwifery and Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

Tel: 66418590

E-mail: t_rahnama1381@yahoo.com